

uống. Chính các bệnh lý này gia tăng phản ứng viêm làm gia tăng nhu cầu chuyển hóa dẫn đến gia tăng nguy cơ suy dinh dưỡng.

Nghiên cứu có một số ưu và nhược điểm. Về ưu điểm, nghiên cứu được thực hiện trên một mẫu trải đều các khoa lâm sàng nội và ngoại khoa do đó mang tính đại diện cao cho bệnh nhân tại bệnh viện Thống Nhất. Nghiên cứu được thực hiện cân đo trực tiếp bệnh nhân, được đánh giá tình trạng dinh dưỡng bởi các cử nhân dinh dưỡng được đào tạo chuyên về dinh dưỡng. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng có một số nhược điểm như chưa được thu thập số liệu trên bệnh nhân nặng ở khoa hồi sức nội và hồi sức ngoại do đó tỉ lệ có thể chưa đại diện hết cho bệnh viện đặc biệt là bệnh nhân nặng.

V. KẾT LUẬN KIẾN NGHỊ

Suy dinh dưỡng là vấn đề phổ biến ở bệnh nhân tại bệnh viện Thống Nhất. Suy dinh dưỡng có liên quan chặt chẽ đến tuổi của bệnh nhân, tình trạng chế độ ăn và tình trạng bệnh lý trong đó có rối loạn điện giải. Do đó bệnh viện cần phải tăng cường công tác sàng lọc đánh giá tình trạng dinh dưỡng cả về số lượng và chất lượng để có thể kịp thời can thiệp tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân góp phần nâng cao chất lượng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cuong TQ, Banks M, Hannan-Jones M, Ngoc Diep DT, Gallegos D.** Prevalence and associated risk factors of malnutrition among hospitalized adults in a multisite study in Ho Chi Minh city Viet Nam. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2018;27(5):986-995.
2. **Cass AR, Charlton KE.** Prevalence of hospital-acquired malnutrition and modifiable determinants of nutritional deterioration during inpatient

- admissions: A systematic review of the evidence. *J Hum Nutr Diet.* 2022 Dec;35(6):1043-1058.
3. **Bộ Y tế.** Thông tư 32/2023/TT-BYT hướng dẫn Luật khám bệnh, chữa bệnh. Hà Nội, ngày 31 tháng 12 năm 2023.
 4. **Benítez Brito N, Suárez Llanos JP, Fuentes Ferrer M, Oliva García JG, Delgado Brito I, Pereyra-García Castro F, Caracena Castellanos N, Acevedo Rodríguez CX, Palacio Abizanda E.** Relationship between Mid-Upper Arm Circumference and Body Mass Index in Inpatients. *PLoS One.* 2016 Aug 5;11(8):e0160480.
 5. **Tu Huu Nguyen, Yen Ngoc Ma, Linh Thuy Nguyen.** A knee height equation for estimating height of Vietnamese adults. *Nutrition Research.* Volume 56, Number 6, November/December 2021.
 6. **Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD et al;** GLIM Core Leadership Committee; GLIM Working Group. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr.* 2019 Feb;38(1):1-9.
 7. **Bian W, Li Y, Wang Y, Chang L, Deng L, Li Y, Jiang H, Zhou P.** Prevalence of malnutrition based on global leadership initiative in malnutrition criteria for completeness of diagnosis and future risk of malnutrition based on current malnutrition diagnosis: systematic review and meta-analysis. *Front Nutr.* 2023 Jul 4;10:1174945.
 8. **Lê Thị Hương, Lê Thị Thanh Xuân, Tạ Thanh Nga và cộng sự.** Tính giá trị và độ tin cậy của tiêu chuẩn chẩn đoán dinh dưỡng GLIM trên người bệnh tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Y học Cộng đồng Việt Nam.* Tập 66, Số đặc biệt 4, 238-245.
 9. **Võ Văn Tâm, Phạm Thị Lan Anh, Phạm Lê An và cộng sự.** Tỷ lệ suy dinh dưỡng và điểm cắt góc pha ở người cao tuổi mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* Tập 65, số 6, trang 278-282.
 10. **Nguyễn Duy Đông, Nguyễn Thị Thúy An.** Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật của bệnh nhân ung thư ống tiêu hóa theo tiêu chuẩn GLIM tại bệnh viện Quân Y 103. *Tạp chí Y dược học Quân sự.* Số 2 năm 2025.

VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỬ TRONG DỰ ĐOÁN ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ HÓA XẠ TÂN HỒ TRỢ CỦA UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Lâm Thanh Ngọc¹, Lê Trương Quỳnh Giang²,
Nguyễn Thị Thanh Thiên², Võ Tấn Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố có ý nghĩa dự đoán độc lập và mô hình dự đoán đáp ứng hoàn toàn

về mô bệnh học của ung thư trực tràng với hoá xạ trị tân hỗ trợ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 92 bệnh nhân ung thư trực tràng được chụp cộng hưởng từ trước hóa xạ tân hỗ trợ với liệu trình dài, được phẫu thuật và có kết quả giải phẫu bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Các yếu tố dự đoán độc lập cho đáp ứng hoàn toàn với hoá xạ trị tân hỗ trợ là các đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ bao gồm: diện tích u lớn nhất nhỏ hơn hoặc bằng 5,2 cm² (OR = 5,3) và số lượng hạch nghi di căn trên cộng hưởng từ (OR = 0,77). Mô hình tiên lượng kết hợp cả hai đặc điểm

¹Đại học Y Dược TPHCM

²Bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Thanh Ngọc

Email: dr.ngoclam@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

diện tích u lớn nhất và số lượng hạch nghi di căn trên cộng hưởng từ có giá trị dự đoán tốt với diện tích dưới đường cong AUC = 0,812, độ nhạy là 70%, độ đặc hiệu là 80,6%, độ chính xác là 78,3%, giá trị tiên đoán dương là 50%, giá trị tiên đoán âm là 90,6%. **Kết luận:** Hình ảnh cộng hưởng từ trước điều trị có giá trị trong dự đoán tiềm năng đáp ứng hoàn toàn với hoá xạ tân hỗ trợ của ung thư trực tràng, có thể đóng góp thông tin hữu ích trong cân nhắc lựa chọn điều trị. **Từ khóa:** ung thư trực tràng, cộng hưởng từ, hóa xạ trị tân hỗ trợ, đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học

SUMMARY

THE VALUE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN PREDICTING RESPONSE TO NEOADJUVANT CHEMORADIOTHERAPY IN RECTAL CANCER

Objective: To determine independent predictive factors and a prediction model for a pathological complete response in rectal cancer following neoadjuvant chemoradiotherapy. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 92 rectal cancer patients who underwent MRI before long-course NCRT, followed by surgery and pathological examination at the University of Medicine and Pharmacy Hospital in Ho Chi Minh City. **Results:** Independent predictive factors for a complete response to neoadjuvant chemoradiotherapy included MRI features such as a maximum tumor area of ≤ 5.2 cm² (OR = 5.3) and the number of lymph nodes meeting imaging criteria for metastasis (OR = 0.77). A prognostic model combining both the maximum tumor area and the number of lymph nodes meeting imaging criteria for metastasis showed good predictive value, with an area under the curve (AUC) of 0.812, sensitivity of 70%, specificity of 80.6%, accuracy of 78.3%, positive predictive value of 50%, and negative predictive value of 90.6%. **Conclusions:** Pre-treatment MRI imaging is valuable in predicting the potential for a complete response to neoadjuvant chemoradiotherapy in rectal cancer, providing useful information for treatment decision-making.

Keywords: rectal cancer, magnetic resonance imaging, neoadjuvant chemoradiotherapy, pathological complete response.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, ung thư trực tràng (UTTT) là ung thư phổ biến hàng thứ ba trên thế giới với 9,6% số ca mắc mới trong năm². Điều trị tiêu chuẩn đối với UTTT tiến triển tại chỗ gồm phẫu thuật và hoá xạ tân hỗ trợ (HXTHT), trong đó, hóa xạ với mục tiêu giảm kích thước khối u giúp tăng khả năng phẫu thuật triệt để và bảo tồn cơ thắt. Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy tỉ lệ bệnh nhân đạt được hiệu quả đáp ứng hoàn toàn (ĐƯHT) với điều trị HXTHT là 10 đến 27%³. Nhóm bệnh nhân này có tỉ lệ tái phát tại chỗ, tỉ lệ di căn xa thấp hơn và tỉ lệ sống 5 năm sau điều trị cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không đáp ứng hoàn toàn.⁶ Trong khi đó, phẫu thuật

cắt bỏ có thể không giúp tăng tiên lượng sống chung, ngược lại, có thể dẫn đến các biến chứng hậu phẫu liên quan đến rối loạn chức năng tiết niệu, tiêu hóa, sinh dục và tăng nguy cơ rò miệng nối. Theo các hướng dẫn điều trị mới, chiến lược "theo dõi và chờ đợi" được cân nhắc đối với nhóm bệnh nhân ĐƯHT với HXTHT, hướng điều trị này được chứng minh là có hiệu quả kiểm soát bệnh tương đương, giảm thiểu các biến chứng sau phẫu thuật đồng thời cải thiện chất lượng cuộc sống đáng kể. Do đó, việc xác định ĐƯHT với HXTHT là vô cùng cần thiết, trong đó, các đặc điểm hình ảnh CHT trước điều trị được cho là góp phần cung cấp thông tin dự đoán nhóm bệnh nhân có tiềm năng đạt ĐƯHT. Ở Việt Nam, hiện chúng tôi chưa ghi nhận nghiên cứu nào được thực hiện nhằm dự đoán ĐƯHT với HXTHT của UTTT dựa trên hình ảnh CHT. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài "*Giá trị của cộng hưởng từ trong dự đoán đáp ứng với hóa xạ tân hỗ trợ của ung thư trực tràng*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân UTTT có kết quả giải phẫu bệnh (GPB) là ung thư biểu mô tuyến trực tràng, được chụp CHT trước điều trị HXTHT với liệu trình dài. Sau khi đánh giá lại giai đoạn, bệnh nhân có phẫu thuật triệt căn và có kết quả GPB mô tả các yếu tố xâm lấn xuyên thành của khối u (giai đoạn T), hạch di căn (giai đoạn N), tại bệnh viện Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2019 đến 12/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có GPB là carcinoma tiết nhầy, có biến chứng phải can thiệp vùng chậu trong quá trình hóa xạ trị (can thiệp nội mạch hay phẫu thuật) hoặc đồng thời chẩn đoán ung thư khác hay bệnh lý khác ở vùng chậu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Phương pháp tiến hành nghiên cứu.

Dựa vào cơ sở dữ liệu của bệnh viện, lập danh sách các bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn do ung thư trực tràng phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ đưa vào nghiên cứu, thu thập đầy đủ thông tin theo phiếu thu thập số liệu dựa trên bệnh án điện tử: lâm sàng, xét nghiệm trước phẫu thuật, tường trình phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh tại thời điểm chẩn đoán và sau phẫu thuật phân thành hai nhóm gồm ĐƯHT và không ĐƯHT.

Dữ liệu hình ảnh của các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được trích xuất từ hệ thống lưu trữ và truyền tải hình ảnh (PACS) tại bệnh viện

Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, sau đó được sử dụng các chương trình phần mềm tại trạm làm việc để phân tích đặc điểm giai đoạn ung thư trực tràng.

2.3. Biến số nghiên cứu

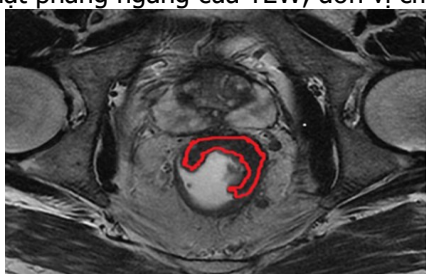
Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Giới tính, tuổi, CEA tại thời điểm chẩn đoán

Đặc điểm hình ảnh CHT:

* Khoảng cách rìa hậu môn – bờ dưới u: biến định lượng, được đo bằng một đường thẳng hoặc đường cong theo độ cong của trực tràng trên mặt phẳng đứng dọc của T2W giữa 2 cấu trúc trên, đơn vị cm.

* Chiều cao u: biến định lượng, đo trên mặt phẳng đứng dọc của chuỗi xung T2W tại đường giữa hoặc đường cạnh giữa, đơn vị cm.

* Bề dày u lớn nhất: biến định lượng, đo trên mặt phẳng ngang của T2W, đơn vị cm.



Hình 1. Diện tích u lớn nhất

"Nguồn: Chongda Zhang (2018)"

* Diện tích u lớn nhất: biến định lượng, đo trên mặt phẳng ngang của T2W, vẽ chu vi khối u, đơn vị cm^2 .

* Thể tích u tương đối dạng hình trụ: biến định lượng, lấy diện tích u lớn nhất nhân với chiều cao u.

* Độ lan rộng của u theo chu vi trực tràng: biến định danh, có 4 giá trị: < 25%, 25-50%, 50-75% và > 75%.

* Mức độ xâm lấn xuyên thành của u (cT): là biến định danh, thứ tự, có các giá trị từ T1-2, T3a/b/c/d, T4a, T4b theo phân loại T AJCC 8th:

* Số lượng và đường kính trực tràng của hạch vùng di căn được đánh giá theo tiêu chuẩn ESGAR 2016¹: biến định lượng.

- Tiêu chuẩn về mặt hình thái: (1) Hình tròn; (2) Đường bờ không đều; (3) Tín hiệu không đồng nhất.

- Tiêu chuẩn về đường kính trực tràng: đo vuông góc với đường kính lớn nhất của hạch

+ $d > 9mm$, không cần tiêu chuẩn hình thái.

+ $d = 5 - 9 mm$ cần 2 tiêu chuẩn hình thái.

+ $d < 5 mm$ cần 3 tiêu chuẩn hình thái.

- Hạch chậu bên (hạch chậu trong và hạch bịt) là hạch di căn khi đường kính trực ngắn > 7mm.

* Xâm lấn cân mạc treo trực tràng (MRF): biến nhị giá, đo khoảng cách nhỏ nhất từ u, hạch, nốt gieo rắc, xâm lấn mạch máu ngoài thành đến MRF. Dương tính khi $\leq 1 mm$. Âm tính khi $> 1 mm$.

* Xâm lấn mạch máu ngoài thành (EMVI): biến nhị giá, có 2 giá trị: dương tính và âm tính. Dương tính khi có sự hiện diện tín hiệu khối u trực tiếp lan vào mạch máu.

Đặc điểm mô bệnh học: Mức độ xâm lấn xuyên thành trực tràng (pT) và di căn hạch (pN) sau phẫu thuật và phân nhóm đánh giá đáp ứng gồm:

- ĐÚHT về mô học (ĐÚHT) được xác định là pT0 và pN0.

- Không ĐÚHT về mô học (không ĐÚHT) khi không thỏa tiêu chí thuộc nhóm ĐÚHT.

2.4. Phương pháp thống kê. Các tỉ lệ được so sánh bằng phép kiểm Chi-Square hoặc phép kiểm Fisher. Các biến định lượng được so sánh bằng phép kiểm t hoặc Mann-Whitney U. Các phép kiểm được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Các biến số có khác biệt ý nghĩa giữa hai nhóm sẽ được đưa vào phân tích hồi quy logistic đa biến theo phương pháp chọn lọc từng bước ngược chiều để xác định các yếu tố có ý nghĩa dự đoán độc lập và mô hình dự đoán đáp ứng hoàn toàn. Tính tỉ số chênh, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của từng biến số có ý nghĩa dự đoán độc lập. Sử dụng chỉ số Youden để xác định điểm cắt tối ưu của mô hình hồi quy logistic đa biến, từ đó tính độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác của mô hình tại điểm cắt tương ứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu được 92 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu với 21,7% trường hợp ĐÚHT và 78,3% không ĐÚHT với HXTHT. Trong đó có nam chiếm 68,5% và nữ chiếm 31,5%. Tuổi trung bình của mẫu là 57 ± 11 tuổi. Nồng độ CEA trung bình trước điều trị là $16,1 \pm 33,6$ ng/ml, không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p = 0,2386$).

Bảng 1. Giá trị của các đặc điểm hình ảnh CHT trước điều trị

	N = 92	ĐÚHT (n=20)	Không ĐÚHT (n=72)	p	Điểm cắt tối ưu
Khoảng cách rìa hậu môn – bờ dưới u	-	6,8±2,9 cm	7,0±2,8 cm	0,7797	-
Chiều cao u	-	4,2±1,4 cm	4,5±1,5 cm	0,4774	-

Bề dày u lớn nhất		-	1,5±0,7 cm	1,8±0,7 cm	0,0332	≤1,3 cm
Diện tích u lớn nhất		-	5,8±3,4 cm ²	7,6±3,1 cm ²	0,0034	≤5,2 cm ²
Thể tích khối u tương đối dạng hình trụ		-	27,0±21,3 cm ³	35,8±22,9 cm ³	0,0228	≤20,2 cm ³
Lan rộng theo chu vi	<25%	1 (1,1%)	0 (0%)	1 (1,4%)	0,4057	-
	25-50%	10 (10,9%)	4 (20%)	6 (8,3%)		
	51-75%	24 (26,1%)	6 (30%)	18 (25%)		
	>75%	57 (61,9%)	10 (50%)	47 (65,3%)		
cT	T2	1 (1,1%)	0 (0%)	1 (1,4%)	0,5706	-
	T3a	6 (6,5%)	1 (5%)	5 (6,9%)		
	T3b	19 (20,7%)	6 (30%)	13 (18,1%)		
	T3c	17 (18,5%)	5 (25%)	12 (16,7%)		
	T3d	6 (6,5%)	0 (0%)	6 (8,3%)		
	T4a	30 (32,6%)	7 (35%)	23 (31,9%)		
cN	Không	13 (14,1%)	8 (40%)	5 (6,9%)	<0,001	-
	Có	79 (85,9%)	12 (60%)	67 (93,1%)		
Số lượng hạch di căn		-	2 ± 2 hạch	5 ± 4 hạch	<0,001	≤2 hạch
Đường kính trực tràng lớn nhất hạch di căn		-	7,7 ± 1,7 mm	9,3 ± 3,3 mm	0,0992	-
MRF	Âm	25 (27,2%)	5 (25%)	20 (27,78%)	1,0	-
	Dương	67 (72,8%)	15 (75%)	52 (72,22%)		
EMVI	Âm	55 (59,8%)	16 (80%)	39 (54,17%)	0,0424	-
	Dương	37 (40,2%)	4 (20%)	33 (45,83%)		

Các đặc điểm hình ảnh trước điều trị gồm chiều cao u, khoảng cách rìa hậu môn – bờ dưới u, độ lan rộng của u theo chu vi, mức độ xâm lấn xuyên thành của u, đường kính trực tràng lớn nhất của hạch thoả điều kiện di căn về hình ảnh, MRF, EMVI không giúp dự đoán đáp ứng hoàn toàn với hoá xạ trị tân hỗ trợ.

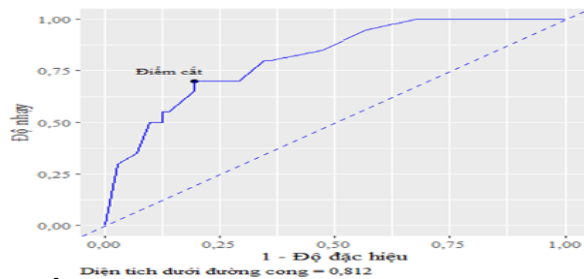
Bảng 2. Giá trị của các đặc điểm trên hình CHT trong dự đoán ĐUHT với HXTHT

	Se	Sp	PPV	NPV	OR đơn biến (KTC 95%)	P
Bề dày u lớn nhất ≤1,3cm	60%	73,6%	38,7%	86,9%	4,1 (1,3 – 13,6)	0,0074
Diện tích u lớn nhất ≤5,2cm ²	60%	84,7%	52,2%	88,4%	8,1 (2,4 – 28,9)	<0,001
Thể tích khối u tương đối dạng hình trụ ≤20,2cm ³	55%	80,6%	44%	86,6%	5,0 (1,5 – 16,6)	0,0034
Không hạch di căn	40%	93,1%	61,5%	84,8%	8,6 (2,1 – 39,8)	<0,001
Số lượng hạch nghi di căn trên CHT ≤2 hạch	70%	69,4%	38,9%	89,3%	5,2 (1,6 – 18,8)	0,0020
EMVI âm tính trước điều trị	80%	45,8%	29,1%	89,2%	3,3 (1,0 – 15,1)	0,0424

Khi xét từng đặc điểm, các đặc điểm CHT dự đoán ĐUHT với hoá xạ trị tân hỗ trợ là bề dày khối u lớn nhất, diện tích u lớn nhất, thể tích khối u tương đối dạng hình trụ, không hạch di căn, số lượng hạch nghi di căn trên CHT, không có yếu tố EMVI trước điều trị với độ nhạy và độ đặc hiệu thay đổi (lần lượt là 40 – 80% và 45,8 – 93,1%), giá trị tiên đoán âm khá cao (84,8 – 89,3%) nhưng giá trị tiên đoán dương khá thấp (29,1% – 61,5%).

Bảng 3. Mô hình hồi quy logistic đa biến dự đoán đáp ứng hoàn toàn

	β	OR đa biến (KTC 95%)	P
Hằng số	-1,045		
Diện tích u lớn nhất ≤5,2 cm ²	1,659	5,3 (1,6-17,5)	0,0055
Số lượng hạch nghi di căn trên CHT	-0,261	0,77 (0,59-0,96)	0,0319



Biểu đồ 1. Đường cong ROC của mô hình đa biến dự đoán ĐUHT

Các yếu tố dự đoán độc lập cho ĐUHT với HXTHT gồm diện tích u lớn nhất ≤ 5,2cm² (OR = 5,3) và số lượng hạch nghi di căn trên CHT (OR = 0,77). Mô hình tiên lượng kết hợp cả hai đặc điểm diện tích u lớn nhất và số lượng hạch nghi di căn trên CHT về hình ảnh có giá trị dự đoán tốt với diện tích dưới đường cong AUC =

0,812, độ nhạy là 70%, độ đặc hiệu là 80,6%, độ chính xác là 78,3%, giá trị tiên đoán dương là 50%, giá trị tiên đoán âm là 90,6%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các đặc điểm trên cộng hưởng từ giúp gợi ý đáp ứng hoàn toàn với hoá xạ tân hỗ trợ là bề dày u lớn nhất trên mặt phẳng ngang $\leq 1,3$ cm, diện tích u lớn nhất $\leq 5,2$ cm², thể tích khối u tương đối dạng hình trụ $\leq 20,2$ cm³, không có hạch di căn (N0), số lượng hạch nghi di căn trên CHT, EMVI âm tính trước điều trị. Khi xét từng đặc điểm, EMVI âm tính trước điều trị có độ nhạy cao nhất (89,2%), chênh lệch không đáng kể so với yếu tố có giá trị tiên đoán âm cao nhất là số lượng hạch nghi di căn trên CHT (89,3%). N0 có độ đặc hiệu cao nhất (93,1%) và cũng có giá trị tiên đoán dương cao nhất (61,5%). Đặc điểm có giá trị dự đoán ĐUHT cao nhất là N0 (OR = 8,6), kế đến là diện tích u lớn nhất $\leq 5,2$ cm² (OR = 8,1). Trên thực tế, một khối u có thể mang nhiều đặc điểm có ý nghĩa dự đoán cùng lúc, ngoài ra, các đặc điểm hình ảnh có thể có tương tác với nhau. Do đó, chúng tôi xây dựng mô hình dự đoán tiềm năng đạt ĐUHT của UTTT dựa trên phân tích hồi quy logistic đa biến. Kết quả cho thấy các yếu tố dự đoán độc lập cho ĐUHT bao gồm diện tích u lớn nhất $\leq 5,2$ cm² và số lượng hạch nghi di căn trên CHT. Khi phân tích đơn biến, N0 là yếu tố làm tăng tiềm năng đạt ĐUHT gấp 8,6 lần so với có hạch di căn, tuy nhiên không có giá trị dự đoán độc lập khi phân tích đa biến, điều này có thể giải thích do tỉ lệ bệnh nhân có N0 trước điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi khá ít (chỉ chiếm 14,1%) nên giá trị dự đoán bị ảnh hưởng bởi các đặc điểm khác nhiều hơn khi phân tích đa biến. Các yếu tố khác như kích thước u lớn nhất trên mặt phẳng ngang $\leq 1,3$ cm, thể tích khối u tương đối dạng hình trụ $\leq 20,2$ cm³ và EMVI âm tính trước điều trị cho thấy có mối tương quan với ĐUHT nhưng không phải là yếu tố dự đoán độc lập khi phân tích đa biến. Trong mô hình hồi quy đa biến này, diện tích u lớn nhất $\leq 5,2$ cm² là yếu tố có ý nghĩa dự đoán độc lập có tỉ số chênh OR = 5,3 và số lượng hạch nghi di căn trên CHT có tỉ số chênh OR = 0,77. Điều này có thể hiểu là, khi áp dụng mô hình gồm hai yếu tố trên, sự hiện diện của yếu tố diện tích u $\leq 5,2$ cm² làm tăng tiềm năng đạt ĐUHT lên 5,3 lần và khi tăng 1 hạch thoả điều kiện thì tiềm năng đạt ĐUHT giảm 23%.

Chúng tôi đưa ra mô hình hồi quy logistic đa biến nhằm dự đoán tiềm năng ĐUHT về mặt mô

bệnh học với HXTHT kết hợp hai đặc điểm về hình ảnh với diện tích dưới đường cong AUC là 0,812, độ nhạy là 70%, độ đặc hiệu là 80,6% và độ chính xác là 78,3%. So sánh với các mô hình của các nghiên cứu trước, mô hình của chúng tôi có giá trị dự đoán cao hơn so với các mô hình dựa trên đặc điểm khối u (xác định qua thăm khám lâm sàng, siêu âm nội soi và hình ảnh học) kết hợp với xét nghiệm (CEA trước và/hoặc sau điều trị) của tác giả Jung⁵, Han³ và mô hình chỉ xét trên các đặc điểm phân tích dữ liệu số hóa (radiomic features) của tác giả Yardimci⁸, nhưng thấp hơn mô hình kết hợp các đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ trước và sau điều trị hoá xạ của tác giả Kirthi⁷ và mô hình áp dụng học máy của Huang⁴. Như vậy, CHT là phương tiện hình ảnh có giá trị tương đối tốt góp phần dự đoán tiềm năng đạt ĐUHT với HXTHT của UTTT. Tuy nhiên, có thể nhận thấy các nghiên cứu đã được thực hiện nhằm tìm mối tương quan hoặc xây dựng mô hình có ý nghĩa dự đoán đáp ứng hoàn toàn với hoá xạ trị tân hỗ trợ đưa ra các kết quả khác nhau với các yếu tố được cho là có tiềm năng dự đoán là không thống nhất giữa các nghiên cứu. Ngoài ra, các đặc điểm phân tích dữ liệu số hóa và sự ứng dụng của học máy ngày càng được quan tâm nghiên cứu với ý nghĩa bổ sung cho các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh trực quan, mở ra các hướng nghiên cứu mới cũng như có thể trở thành xu hướng phát triển của ngành chẩn đoán hình ảnh trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Hình ảnh cộng hưởng từ trước điều trị có giá trị trong dự đoán tiềm năng đáp ứng hoàn toàn với hoá xạ tân hỗ trợ của ung thư trực tràng, có thể đóng góp thông tin hữu ích trong cân nhắc lựa chọn điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Beets-Tan RGH, Lambregts DMJ, Maas M, et al.** Magnetic resonance imaging for clinical management of rectal cancer: updated recommendations from the 2016 European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR) consensus meeting. *European Radiology*. 2018;28(4):1465-1475. doi:10.1007/s00330-017-5026-2
2. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(3):229-63. doi:10.3322/caac.21834
3. **Han YD, Kim WR, Park SW, et al.** Predictors of Pathologic Complete Response in Rectal Cancer Patients Undergoing Total Mesorectal Excision After Preoperative Chemoradiation. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(45):e1971. doi:10.1097/MD.0000000000001971

- Huang CM, Huang MY, Huang CW, et al. Machine learning for predicting pathological complete response in patients with locally advanced rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy. *Sci Rep.* 2020;10(1):12555. doi:10.1038/s41598-020-69345-9
- Huh JW, Kim HR, Kim YJ. Clinical prediction of pathological complete response after preoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *Dis Colon Rectum.* 2013;56(6):698–703. doi:10.1097/DCR.0b013e3182837e5b
- Martin ST, Heneghan HM, Winter DC. Systematic review and meta-analysis of outcomes following pathological complete response to neoadjuvant chemoradiotherapy for rectal cancer. *Br J Surg.* 2012;99(7):918–28. doi:10.1002/bjs.8702
- Sathyakumar K, Chandramohan A, Masih D, Jesudasan MR, Pulimood A, Eapen A. Best MRI predictors of complete response to neoadjuvant chemoradiation in locally advanced rectal cancer. *Br J Radiol.* 2016;89(1060):20150328. doi:10.1259/bjr.20150328
- Yardimci AH, Kocak B, Sel I, et al. Radiomics of locally advanced rectal cancer: machine learning-based prediction of response to neoadjuvant chemoradiotherapy using pre-treatment sagittal T2-weighted MRI. *Jpn J Radiol.* 2023; 41(1):71–82. doi:10.1007/s11604-022-01325-7
- Zhang C, Ye F, Liu Y, Ouyang H, Zhao X, Zhang H. Morphologic predictors of pathological complete response to neoadjuvant chemoradiotherapy in locally advanced rectal cancer. *Oncotarget.* 2018;9(4):4862–74. doi:10.18632/oncotarget.23419

KHẢO SÁT NHU CẦU TƯ VẤN THÔNG TIN THUỐC Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Nguyễn Ngọc Quý¹, Nguyễn Tuấn Anh², Huỳnh Minh Đăng¹, Nguyễn Thị Chi¹, Phạm Hồng Thắm^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Ung thư là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai trên thế giới. Tại Việt Nam, tỉ lệ mắc mới và tử vong do ung thư tăng nhanh theo hàng năm. Việc theo dõi, quan tâm đánh giá nhu cầu tư vấn thông tin, chăm sóc người bệnh ung thư góp phần nâng cao hiệu quả và chất lượng trong điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát nhu cầu tư vấn thông tin thuốc của người bệnh ung thư tại bệnh viện Nhân dân Gia Định và xác định các yếu tố liên quan đến nhu cầu tư vấn thông tin thuốc. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 228 người bệnh ung thư đang điều trị tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ tháng 04/2024 đến tháng 08/2024. **Kết quả:** Tuổi trung vị của đối tượng nghiên cứu là 63 (56 – 69), nữ chiếm 68%, tỷ lệ người bệnh có nhu cầu tư vấn thông tin là 84,65%, những người thuộc nhóm tuổi ≤ 60 tuổi ($p=0,035$) và có thời gian điều trị ≤ 1 năm ($p=0,004$) có nhu cầu tư vấn thông tin cao hơn. Các yếu tố trình độ học vấn, thời gian điều trị và tiền sử đã từng phẫu thuật ảnh hưởng đến nhu cầu tư vấn thông tin của người bệnh có ý nghĩa thống kê ($p<0,005$). **Kết luận:** Nhu cầu tư vấn thông tin thuốc ở người bệnh ung thư là rất cao. Thông tin thuốc là một phần không thể thiếu trong chăm sóc toàn diện người bệnh ung thư.

Từ khóa: nhu cầu thông tin, tư vấn, ung thư.

SUMMARY

SURVEY ON THE DEMAND FOR DRUG

¹Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: TS.DS. Phạm Hồng Thắm

Email: hongthamndgd@gmail.com

Ngày nhận bài báo: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

INFORMATION CONSULTATION OF CANCER PATIENTS TREATED AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

Background: Cancer is the second leading cause of mortality worldwide. In Vietnam, the incidence and mortality rates of cancer have been increasing rapidly year by year. Monitoring and assessing the needs for medication counseling and patient care among cancer patients plays a vital role in improving treatment outcomes and quality of care. **Objectives:** To investigate the demand for medication counseling among cancer patients at Gia Dinh People's Hospital and to identify factors associated with their counseling needs. **Methods:** The cross-sectional study described 228 cancer patients being treated at Nhan dan Gia Dinh Hospital from 04/2024 to 08/2024. **Results:** The median age of the study subjects was 63 (56-69), with females accounting for 68%. The percentage of patients who need information consultation is 84.65%. Patients in the group ≤ 60 years old ($p=0.035$) and with a treatment period of ≤ 1 year ($p=0.004$) have a higher need for information counseling. Factors such as education level, treatment time and history of surgery affect the patient's need for information counseling of statistical significance ($p<0.005$). **Conclusion:** The demand for medication counseling among cancer patients is remarkably high. Drug-related information constitutes an essential component of comprehensive cancer care. **Keywords:** need for information, counseling, cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hiện được xem là một trong những bệnh không lây nhiễm gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Theo số liệu từ GLOBOCAN năm 2022, khu vực Đông Nam Á ghi nhận gần 1,2 triệu ca mắc mới và hơn 700.000 ca tử vong do